

DES DANGERS
DE LA
PONCTION HYPOGASTRIQUE
DE LA VESSIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 Décembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRI CADIOT

Né le 22 Octobre 1873, à Melun (Seine-et-Marne)

Élève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1895

DES DANGERS
DE LA
PONCTION HYPOGASTRIQUE
DE LA VESSIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 Décembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRI CADIOT

Né le 22 Octobre 1873, à Melun (Seine-et-Marne)

Élève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Décembre 1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN
LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie Générale et Histologie.		LORTET
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER.
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique.	BEAUVISAGE.	—

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. GANGOLPHE.	MM. ROUX.	MM. SIRAUD.
CONDAMIN.	POLLOSSON (Aug.)	COLLET.	DURAND.
COURMONT.	ROCHET.	BOYER.	DOYEN.
DEVIC.	ROLLET	CURTILLET.	BARRAL.
DIDELOT.	ROQUE.	VALLAS.	MOREAU.

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, *Présid.*; M. ROLLET, *Assesseur*; MM. DOYON et VALLAS, *Agrég.*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES DEUX FRÈRES

Roger et Raoul

A MES SI BONS AMIS

M. et Mme ARNAUD

A MES PARENTS

A mon Président de Thèse

A M. LE PROFESSEUR PONCET

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES CHEFS

de l'École du Service de Santé Militaire.

INTRODUCTION

Depuis la découverte de la méthode aspiratrice, depuis surtout que des appareils très pratiques et d'un manière très facile ont rendu si simple la ponction sus-pubienne de la vessie, ce n'est autour de cette opération qu'un concert de louanges. Docilement soumis à ce courant d'idées, nous ne fûmes pas un jour médiocrement étonné lorsque, assistant, dans le service de clinique de M. le professeur Poncet, à une opération de cystostomie sus-pubienne chez un malade auquel vingt-quatre heures auparavant on avait fait une ponction de la vessie, nous vîmes après l'incision de la paroi abdominale, avant toute ouverture de la vessie par le bistouri, s'échapper une certaine quantité d'urines ammoniacales, épanchée dans la cavité de Retzius, tandis que le tissu cellulaire présentait une teinte verdâtre. Et comme nous en manifestations notre étonnement, M. le professeur Poncet nous fit observer

qu'en pratiquant la cystostomie chez des malades ponctionnés antérieurement, il avait pu noter plusieurs fois le même accident et que même il avait observé des péritonites purulentes. Il nous conseilla alors d'étudier les dangers de la ponction hypogastrique.

Vivement intéressé, nous acceptâmes très volontiers, et c'est le résultat de nos quelques recherches à ce point de vue que nous publions aujourd'hui.

Laissant complètement en dehors de notre travail les ponctions vésicales faites par d'autres voies que l'hypogastre, nous chercherons à montrer qu'il y a de gros inconvénients, de véritables dangers à abuser de la ponction hypogastrique.

Dans notre premier chapitre, nous ferons un très court historique.

Dans le second, nous exposerons les données anatomiques sur lesquelles est basée la ponction sus-pubienne.

L'instrumentation et le manuel opératoire feront l'objet du troisième chapitre.

Dans le quatrième, après un court énoncé des dangers de la vieille ponction avec le trocart de Frère Côme, nous insisterons surtout sur les dangers de la ponction aspiratrice qui est à peu près seule employée aujourd'hui.

Les observations formeront le cinquième chapitre.

Nous ressentons très vivement l'honneur que nous fait

M. le professeur Poncet de vouloir bien présider notre thèse et nous lui en sommes profondément reconnaissant. La très grande affabilité avec laquelle il nous a toujours prodigué ses conseils nous a vivement touché, nous l'en remercions sincèrement.

M. le professeur agrégé Etienne Rollet, par ses leçons cliniques particulièrement instructives, par ses intéressantes causeries au lit du malade, a largement contribué à notre éducation chirurgicale : nous lui en avons une vive gratitude.

Messieurs les médecins majors de 1^{re} classe Manquat et Lemoine, professeurs agrégés au Val-de-Grâce, ont eu la tâche ingrate de nous initier à la médecine. Leur très grande bienveillance à notre égard ne s'est jamais démentie : nous en garderons toujours le souvenir.

Ceux de nos Maîtres de la Faculté et ceux de nos chefs de l'Ecole du Service de Santé militaire qui ont bien voulu nous porter quelque intérêt ont droit à notre reconnaissance.

Nous remercions nos camarades de promotion, dont l'aimable compagnie a été pour nous si agréable, de la vive sympathie qu'ils nous ont toujours témoignée.

Merci aussi à notre excellent ami, le Dr Hector Delahaye, dont la franche camaraderie et la vive amitié nous ont été si précieuses pendant nos trois années d'Ecole.

DES DANGERS
DE LA
PONCTION HYPOGASTRIQUE
DE LA VESSIE

CHAPITRE PREMIER

Historique

A Turbier reviendrait à la fin du xvii^e siècle l'honneur d'avoir fait le premier la ponction hypogastrique de la vessie¹.

Puis, après lui, Tolet et Morand firent la même opération.

En 1701 seulement, Méry² au lieu d'enfoncer le trocart à travers la paroi abdominale, sur la ligne blanche, pratiqua la ponction sur le côté externe du muscle droit. A ce moment là peu de chirurgiens songèrent à l'imiter, la gravité de l'opération leur paraissant telle que l'issue fatale arrivait aussi bien dans tous les cas.

Mais peu à peu les appréhensions se dissipèrent et les observations de ponction hypogastrique de la vessie se

¹ Mondière, *l'Expérience*, t. VIII, p. 40.

² *Mémoires de l'Académie des Sciences*, 1701.

multiplièrent. Les plus grands chirurgiens l'employèrent. Velpeau¹, Sabatier², Petrequin³ y eurent recours un grand nombre de fois avec des alternatives de réussite et d'insuccès. Frère Côme, par les modifications qu'il apporta aux instruments employés, permit à Jean-Louis Petit⁴ dont les statistiques personnelles étaient très favorables, de la considérer comme aussi peu dangereuse « qu'un coup d'épée dans l'eau ».

Bichat, S. Cooper et Richard⁵ sont eux aussi partisans de la ponction hypogastrique et formulent un manuel opératoire.

Mais en même temps, Desault, Boyer⁶, Dupuytren et Roux, quoique n'exagérant pas outre mesure les dangers de l'opération, en trouvent si peu souvent l'indication qu'ils ne l'employèrent qu'une fois chacun, quoiqu'ils aient eu à observer un nombre très considérable de malades.

C'est Desault qui fut la cause de ce revirement, d'après le Dr Jallet⁷.

« On sait que ce chirurgien inaugurait l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu devant un nombreux public. Il était bien difficile d'avouer devant tant de spectateurs en un temps où la dextérité chirurgicale était si haut placée, qu'on ne

¹ Velpeau, *Médecine opératoire*.

² Sabatier, *Médecine opératoire*.

³ Pétrequin, *Anatomie chirurgicale*.

⁴ J. L. Petit, *Œuvres posthumes*, 1774, t. III, p. 97.

⁵ Richard, *Pratique journalière de la chirurgie*.

⁶ Boyer, *Maladies chirurgicales*.

⁷ Jallet, *De la valeur de la ponction hypogastrique et du cathétérisme forcé*, thèse de Paris, 1855.

pouvait arriver par les voies naturelles : il faisait donc le cathétérisme forcé quand le cathétérisme simple ne suffisait pas. »

Delpech, Chopart, Ducamp, Sabatier, Richeraud et Lallemand admirent bien qu'il pourrait y avoir quelques avantages à user de la ponction hypogastrique, mais ils ne purent propager leurs idées que dans un cercle restreint et les chirurgiens qui les suivirent, imbus des idées de Desault, ne pratiquèrent-ils la ponction qu'in extremis, s'exposant ainsi à augmenter la statistique d'un beaucoup plus grand nombre de résultats négatifs.

En 1868, Pouliot¹ s'exprime ainsi : « De nos jours, il existe deux camps bien marqués : dans le premier quelques chirurgiens se sont faits grands partisans de l'opération (Gerdy, Malgaigne), d'autres l'ont employée volontiers (Sédillot, Barrier de Lyon, Richet, Jarjavay, Deguise, Robert, Fleury de Clermont). Dans le second, qui n'est pas moins nombreux, nous voyons également deux groupes : l'un qui agit avec défiance (Velveau, Nélaton, Jobert, de Lamballe, Gosselin, Gaillard de Poitiers, Voillemier, Desormeaux, Lenoir, Marjolin fils, Petrequin) ; l'autre qui proscriit tout à fait, pour ainsi dire, l'opération (Reybard, Vidal de Cassis, Monod, Demarquay).

Vers 1870, les recherches de Potain et Dieulafoy sur la méthode aspiratrice, puis la grande extension prise subitement par les nouvelles doctrines sur la suppuration, la découverte des antiseptiques et leur emploi scientifiquement réglé servirent considérablement les idées des chirurgiens que Pouliot range dans son premier groupe.

¹ Pouliot, thèse de Paris, 1868.

Enfin, de nos jours, la facilité avec laquelle on manœuvre l'aiguille aspiratrice préalablement stérilisée, la désinfection méthodiquement réglée du champ opératoire ont permis d'avoir des statistiques où la proportion des insuccès diminuait beaucoup, à tel point même qu'un véritable abus s'est fait de la ponction aspiratrice, et qu'aujourd'hui, l'opération que d'éminents chirurgiens n'exécutaient autrefois qu'avec une grande crainte est passée dans le domaine de la petite chirurgie et laissée aux soins de l'interne de garde.

Un revirement se produit fort heureusement depuis quelques années, s'accentuant chaque jour davantage, qui tend à substituer à une ponction faite toujours à l'aveugle, souvent dans des conditions antiseptiques un peu défectueuses, une opération bien réglée, dans laquelle le bistouri peut être suivi par l'œil : c'est la cystostomie sus-pubienne.

CHAPITRE II

Considérations anatomiques.

Nous étudierons tout d'abord dans ce chapitre les rapports de la vessie à l'état de vacuité, mais nous passerons rapidement sur ce point, pour nous appesantir davantage sur la situation du péritoine par rapport à la vessie, dans l'état de distension du réservoir urinaire.

Tous les anatomistes s'entendent à admettre qu'à l'état de vacuité la vessie ne dépasse pas en haut le bord supérieur du pubis et qu'elle est cachée en arrière de la paroi antérieure du bassin. Dans cette situation, le feuillet pariétal du péritoine, appliqué sur le côté postérieur de l'ouraque, passe directement de la paroi abdominale antérieure sur le sommet de la vessie et, de là, sur la face postérieure, de telle sorte qu'à l'état de vacuité, la face antérieure de la vessie est toujours extra-péritonéale, mais cachée derrière le pubis.

Quand on envisage les rapports de la vessie distendue,

c'est-à-dire quand la ponction hypogastrique est indiquée, on s'aperçoit que les anatomistes ne s'entendent plus aussi bien.

Ils sont cependant à peu près d'accord pour admettre que l'accroissement de la vessie se fait surtout aux dépens de ses parois postérieure et latérales, de sorte que, la base du réservoir restant fixée au plancher pelvien, son sommet se porte peu à peu en haut et en arrière.

Mais dans ce mouvement, l'ouraque est lui aussi entraîné en arrière et sa partie inférieure se dispose en une courbe à concavité supérieure, d'autant plus accusée que le sommet de la vessie s'élèvera davantage, puisqu'il entraîne en même temps le bout inférieur de l'ouraque ; mais ce mouvement ascensionnel de l'anse ainsi formée n'est jamais dans un rapport constant avec l'augmentation de la vessie.

Le péritoine appliqué sur le côté postérieur de l'ouraque descend tout d'abord jusqu'à la partie moyenne de l'anse formée par l'ouraque, puis remonte sur la partie ascendante de ce cordon jusqu'au sommet de la vessie pour redescendre sur la face postérieure, comme dans l'état de vacuité ; il se forme aussi un cul-de-sac péritonéal, en avant de la vessie, le cul-de-sac prévésical.

Mais quand il s'agit de savoir comment se fait l'ascension du cul-de-sac, si elle est en rapport constant avec la distension du réservoir urinaire, les anatomistes diffèrent considérablement.

Cruveilhier¹, en 1834, s'exprime ainsi :

« Dans l'état de plénitude, la région antérieure de la

¹ Cruveilhier, *Anatomie descriptive*, 1834.

vessie répond immédiatement aux parois abdominales et s'élève quelquefois jusqu'au niveau de l'ombilic.

Pour Malgaigne¹, la région antérieure de la vessie pleine d'urine remonte beaucoup au-dessus de la symphyse et s'applique contre la paroi antérieure de l'abdomen sans être jamais revêtue par le péritoine.

D'après Richet², la vessie en se remplissant refoule le péritoine pour venir se mettre en contact avec la paroi abdominale sans interposition de séreuse. Il est donc facile de pénétrer dans la vessie par la voie sus-pubienne sans blesser le péritoine.

Cependant pour Ollivier³ « la région antérieure de la vessie n'a ordinairement aucune connexion avec le péritoine. Cependant chez quelques sujets cette membrane se prolonge sur son tiers ou même sur sa moitié supérieure, mais cette disposition n'a lieu que quand la vessie est très petite. »

Les recherches plus récentes de M. Sappey⁴ l'obligent à aller à l'encontre de cette idée :

« Pour constater l'existence du cul-de-sac vésico-abdominal, il suffit d'observer la vessie pendant qu'elle se dilate. »

Dans ce but, liez l'urètre à son extrémité antérieure, incisez la paroi abdominale sur sa circonférence en la conservant intacte inférieurement, puis enlevez la masse intestinale et injectez la vessie lentement par un des ure-

¹ Malgaigne, *Anatomie chirurgicale*, 1838.

² Richet, *Anatomie médico-chirurgicale*.

³ Ollivier, article VESSIE, du *Dictionnaire en trente volumes*.

⁴ *Anatomie descriptive*, t. IV, p. 522.

tères : vous pouvez alors assister à toutes les phases de son ampliation et reconnaître comment, sous l'influence de celle-ci, son volume, sa forme et ses rapports se modifient. Lorsqu'elle était vide son sommet s'appliquait à la symphyse, et la région antérieure s'étendait depuis ce sommet jusqu'au col. Pendant qu'elle se remplit, le sommet ne se porte pas directement en haut, entre la paroi abdominale et le péritoine ; il se porte en haut et en arrière ; de là un angle d'autant plus accusé que le viscère s'élève plus haut, et un cul-de-sac péritonéal qui recouvre la face antérieure du viscère d'abord dans l'étendue de quelques millimètres, puis de 2 et même 3 centimètres.

« La région supérieure de la vessie qui n'existait pas encore se constitue ainsi peu à peu pendant la réplétion de cette cavité. Elle se constitue en partie aux dépens de la région postérieure, en partie aux dépens de la région antérieure. A son apparition, elle regardait en haut, mais en s'élargissant, elle s'incline en avant. Tel est le mécanisme en vertu duquel le péritoine s'insinue entre cette paroi et la vessie, pour les séparer dans une étendue qui peut atteindre jusqu'à 4 centimètres dans les cas de plénitude excessive. Sur dix-huit individus adultes de l'un et de l'autre sexe, chez lesquels j'ai injecté cette cavité, j'ai vu trois fois le cul-de-sac péritonéal descendre si bas qu'il n'était séparé des pubis que par une distance de 15 à 20 millimètres.

« Les rapports qu'affecte la région antérieure de la vessie avec la paroi correspondante de l'abdomen sont donc beaucoup moins étendus qu'on ne le pense généralement. Des anatomistes sur ce point sont tombés dans l'erreur pour

n'avoir pas assez étudié le mode de dilatation du réservoir urinaire. Si les chirurgiens l'eussent mieux connu, ils n'auraient certainement pas proclamé d'une voix presque unanime qu'un calcul peut être facilement extrait par cette région sans léser le péritoine, et que la ponction sus-pubienne est exempte de tout danger. »

M. Tillaux¹ est opposé à l'idée d'après laquelle la vessie, en remontant dans l'abdomen, repousse au-dessus d'elle le péritoine et vient se mettre dans toute sa hauteur directement en contact par sa face antérieure avec la paroi abdominale sans interposition de la séreuse.

Reprenant les recherches de M. Sappey, il admet, comme ce dernier, qu'une partie de la face antérieure de la vessie distendue est recouverte par le péritoine, mais il rejette les conclusions et les conséquences que M. Sappey tire de ses expériences.

Bien loin de s'insinuer entre la paroi abdominale et la vessie, le péritoine est décollé par l'ampliation du réservoir urinaire, si bien qu'au lieu de descendre le péritoine remonte, mais la vessie remontant plus que le péritoine, la séreuse doit forcément recouvrir la vessie. Le cul-de-sac est d'autant plus profond que la dilatation devient plus considérable, mais en même temps qu'il devient plus profond, il s'élève, puisque la portion qui augmentera la profondeur du cul-de-sac péritonéal est celle-là même qui a été détachée de la paroi abdominale.

Par conséquent, à mesure que la vessie se distendra si une plus grande partie de sa face antérieure est recouverte par le péritoine, ce cul-de-sac s'élevant davantage

¹ Tillaux, *Anatomie topographique*, p. 779.

au fur et à mesure de la réplétion du réservoir, plus la vessie sera distendue, plus la partie accessible au trocart sera large.

M. Testut¹, admettant lui aussi la formation du cul-de-sac, se demande s'il y a un rapport constant entre l'ascension du péritoine et le degré de réplétion du réservoir urinaire :

« Il y aurait, on le conçoit, un grand intérêt à savoir exactement quelle est la distance qui, à un état de distension donné du réservoir urinaire, sépare la symphyse pubienne du cul-de-sac péritonéal. Théoriquement, on peut admettre que cette distance est nulle quand la vessie est vide, qu'elle atteint 1 ou 2 centimètres après une injection de 300 grammes de liquide, 2 ou 3 centimètres après une injection de 600 à 700 grammes. Mais sur ce point, comme sur bien d'autres, les variations individuelles sont nombreuses, comme l'établissent surabondamment les divergences des résultats obtenus par les auteurs.

Tout d'abord, l'élévation du pôle vésical du dessus de la symphyse n'est nullement en rapport avec le degré de réplétion de la vessie : si, sur certains sujets, on voit la vessie au fur et à mesure qu'elle se distend, s'allonger et remonter graduellement dans l'abdomen, on la voit sur d'autres s'agrandir presque exclusivement dans le sens de ses diamètres horizontaux, et il n'est pas rare de voir des vessies, renfermant pourtant 400 à 600 grammes de liquide ou même plus, remplir l'excavation sans dépasser en haut le niveau de la symphyse. D'autre part, alors

¹ Testut, *Traité d'anatomie humaine*, t. III, p. 877.

même que la vessie est fortement distendue et que son sommet remonte très haut dans l'abdomen, il peut arriver surtout chez les sujets maigres, que le péritoine n'en descende pas moins jusqu'au voisinage du pubis, même plus bas qu'au ras de la symphyse : j'ai observé deux fois cette disposition sur des sujets congelés dont la vessie ne contenait pas moins de 600 grammes d'urine. Tout récemment encore sur un vieillard de quatre-vingt-douze ans, dont la vessie fortement distendue remontait jusqu'au voisinage de l'ombilic, je n'ai trouvé qu'un intervalle de 18 millimètres entre le cul de-sac péritonéal et le bord supérieur du pubis. Les relations du cul-de-sac pré-vésical et de la symphyse sont donc éminemment variables et on ne peut à cet égard établir aucune règle fixe. Un fait pourtant est à retenir, c'est que même avec des vessies renfermant de 500 à 600 grammes de liquide, le contact du péritoine avec la symphyse est une disposition relativement fréquente, assez fréquente pour que le chirurgien ne puisse jamais avoir la certitude, quel que soit le degré de distension de la vessie, d'arriver sur elle sans rencontrer le péritoine. »

Ainsi donc, si pour quelques anatomistes dont les recherches sont déjà un peu anciennes, l'accès du réservoir urinaire distendu est toujours possible par sa face antérieure, à un trocart ou à l'aiguille aspiratrice, pour les autres, M. le professeur Testut notamment, la certitude n'est pas complète de ne pas léser le péritoine ; et si, dans un grand nombre de cas, l'opération a pu être inoffensive, dans d'autres, au contraire, en nombre assez considérable, des complications se sont produites.

Des recherches anatomiques les plus récentes, il résulte

en somme qu'on n'est plus en droit de proclamer hautement l'innocuité de la ponction hypogastrique et qu'on devra toujours tenir compte d'un aléa important, quand on aura à se prononcer sur le pronostic.

Ces quelques considérations anatomiques faites, prenons le cas le plus favorable et voyons comment, sur une vessie distendue, dont l'ascension du cul-de-sac péritonéal à une hauteur suffisante permettra l'accès, nous devons nous y prendre pour faire une ponction hypogastrique, quel manuel opératoire et quels instruments nous emploierons.

CHAPITRE III

Instruments et manuel opératoire.

Des instruments. — Le plus connu, le plus célèbre de tous, est le trocart de Frère Côme. C'est un trocart courbe dont la longueur est de 12 centimètres et la courbure celle d'un cercle de 21 à 24 centimètres de diamètre. La flamme du trocart est parcourue dans toute sa longueur par une cannelure qui permet à l'urine de s'échapper dès que l'instrument est arrivé dans la vessie. Le pavillon de la canule est pourvu d'une plaque transversale percée de deux orifices auxquels se fixent des rubans assez larges pour entourer le tronc. Sur la plaque, on remarque une rigole latérale; le bec est aussi muni d'une ouverture latérale; l'ouverture et la rigole correspondent à la rainure de la flamme, afin de permettre à l'urine de s'écouler.

Hughier et Deguise ont substitué un trocart droit au trocart courbe, mais à part la courbure, le trocart de ces chirurgiens ressemble à celui de Frère Côme.

Malgaigne ¹ préfère pour la ponction le trocart droit ordinaire. « Il se compose ² d'un poinçon et d'une canule. Le poinçon est une tige d'acier qui se termine inférieurement par une pointe constituée par une pyramide à trois pans : en arrière de cette pointe, le poinçon présente un épaulement circulaire très léger, presque insensible, derrière lequel doit se dissimuler le bec de la canule. Par sa partie supérieure, le poinçon est monté sur un manche d'ébène présentant un renflement considérable sur lequel doit s'appuyer la paume de la main.

« La canule, en argent ou en maillechort doit avoir un calibre en rapport exact avec celui du poinçon ; supérieurement elle se termine par une longue gouttière qui s'adapte sur le manche du poinçon et qui sert à diriger la sortie des liquides. »

Mais, qu'ils emploient l'instrument du Frère Côme, le trocart droit de Deguise ou le trocart ordinaire, tous les chirurgiens, jusqu'à la seconde moitié de notre siècle, Chassaignac ³, Malgaigne ⁴, Sédillot ⁵, Sabatier-Dupuytren ⁶, procèdent de la même manière. Ce manuel opératoire est très bien décrit par Chassaignac :

« Le malade étant couché sur le bord droit de son lit, les jambes et les cuisses fléchies, le chirurgien placé du côté droit applique la pointe de l'instrument sur la ligne blanche, à 2 centimètres environ au-dessus du pubis et

¹ Malgaigne, *Médecine opératoire*, t. II, p. 576.

² Gaujot et Spillmann, *Arsenal chirurgical*.

³ Chassaignac. *Médecine opératoire*, t. II, p. 833.

⁴ Malgaigne, *loc. cit.*

⁵ Sédillot, *Médecine opératoire*.

⁶ Sabatier-Dupuytren, *Médecine opératoire*, t. II, p. 390.

le plonge hardiment dans la vessie en suivant une direction oblique de haut en bas et d'avant en arrière, si l'on choisit le trocart du Frère Come, ou bien perpendiculaire à l'axe du corps, si on opère avec le trocart droit. On retire alors le poinçon, et l'urine s'écoule librement par la canule. On fixe celle-ci à l'aide d'un cordon passé autour du corps. »

Quelques chirurgiens ont même proposé de faire au préalable une incision au bistouri, à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané, incision soit longitudinale, soit transversale, mais leur avis n'a pas prévalu. Malgaigne repousse formellement l'incision préalable même chez les gens gras : « C'est, dit-il, inutile ; si du premier coup, le trocart n'a pas pénétré, on en est quitte pour presser dessus un peu plus fort. »

Les recherches récentes de Potain et de Dieulafoy ¹ en simplifiant les instruments employés les ont singulièrement modifiés.

Il faut tout d'abord avoir à sa disposition un appareil aspiratoire, soit l'appareil Potain, soit l'appareil Dieulafoy, ou tout autre appareil du même système. Le choix de l'aspirateur importe fort peu, étant donné que l'aspiration sera fortement aidée par la pression intérieure de l'urine dans la vessie distendue.

La partie vraiment importante est l'aiguille aspiratrice qui devra être assez longue pour pénétrer à travers un pannicule adipeux quelquefois très développé, d'un calibre assez élevé pour permettre l'évacuation de l'urine, mais malgré cela le plus mince possible, pour diminuer, autant

¹ Dieulafoy, *Traité de l'aspiration des liquides morbides*.

que cela est réalisable, la production d'un jet d'urine ou le suintement de quelques gouttes par le pertuis laissé libre après le retrait de l'instrument.

M. Bouley¹ a calculé que chez les gens maigres, l'instrument devra pénétrer pour atteindre la vessie à moins de 1 centimètre du plan cutané, chez les individus d'embonpoint moyen, à 2 centimètres ou 2 centimètres et demi, et chez les individus gras, à 3, 4 centimètres et plus.

Toutes les conditions réclamées sont à peu près réunies par l'aiguille n° 1, encore que son calibre soit un peu, étroit. Aussi quelques chirurgiens emploient-ils l'aiguille n° 2.

Manuel opératoire. — Après s'être assuré que l'instrument a été bien désinfecté, que l'appareil aspirateur fonctionne bien, après une désinfection très sérieuse du champ opératoire, quand, par une aspiration d'eau boriquée on est certain de la perméabilité de l'aiguille, on choisit le point où se fera la piqure. C'est généralement sur la ligne blanche à environ 2 centimètres au-dessus du bord supérieur du pubis.

Il est bien entendu que, par les anamnestiques, la percussion et la palpation, on s'est tout d'abord assuré que la vessie est réellement distendue.

Le chirurgien, placé à droite de son malade, enfonce alors avec la main droite l'aiguille au point déterminé, en a guidant sur l'ongle de l'index de la main gauche; puis, quand l'instrument a pénétré d'un centimètre à peu près, dans l'épaisseur des tissus, c'est-à-dire aussitôt que les ouvertures situées à son extrémité antérieure ne sont plus

¹ Bouley, thèse de Paris.

en rapport avec l'air extérieur, on ouvre le robinet de l'aspirateur, préalablement armé, et on avance alors peu à peu, très lentement, le vide à la main, suivant l'expression de Dieulafoy, dans la direction de la vessie, jusqu'à ce que l'urine traversant l'index en cristal indique que l'on a pénétré dans la vessie. Mais il faut avoir soin d'enfoncer encore l'aiguille d'au moins 2 centimètres, car la vessie en se vidant se rétracte et l'aiguille, trop peu enfoncée, risquerait, par le fait de cette rétraction même, de quitter la vessie, ce qui nécessiterait une seconde piqure.

L'urine s'évacue lentement, et il faut bien se garder de presser sur le ventre du malade, sous le prétexte de favoriser ou de hâter l'issue du liquide.

La vessie une fois vidée, c'est-à-dire quand le liquide ne coule plus par l'index, il suffit de retirer brusquement l'aiguille.

Aucun pansement n'est nécessaire; on peut cependant recouvrir le point piqué par un petit tampon d'ouate aseptique qu'on maintient par quelques gouttes de collodion.

CHAPITRE IV

Des dangers de la ponction hypogastrique.

En 1871, au moment des recherches de M. Dieulafoy et avant la publication du *Traité de l'aspiration des liquides morbides*¹, parut à Paris une thèse sur la ponction vésicale par aspiration. Dans un travail très documenté, M. Watelet² faisait voir les très nombreux inconvénients de la ponction avec gros trocart et canule à demeure ; il montrait les malades exposés à l'infiltration d'urine, aux perforations de la paroi postérieure de la vessie et autres complications. Du reste, voici comment il s'exprime :

« Un premier inconvénient, c'est la sonde à demeure. Cette sonde a pour effet d'irriter par son contact les parois

¹ Dieulafoy, *Traité de l'aspiration des liquides morbides*, Paris, 1873.

² Watelet, *De la ponction vésicale par aspiration*, thèse de Paris, 1871.

de la vessie qui, une fois vidée, revient sur elle-même. Cette irritation, dans un cas, a été si vive que la paroi vésicale s'est ulcérée et est tombée en gangrène (cas de Sharp, cité par Voillemier¹).

« Cet inconvénient peut, il est vrai, être facilement évité en introduisant à demeure une sonde en caoutchouc vulcanisé. Cette substitution a de nombreux avantages, mais la sonde ne remplit pas aussi exactement la place que la canule, et dans un cas de M. Gosselin, par ce fait, il se produisit une infiltration urineuse mortelle.

« Un autre inconvénient plus grand de la sonde à demeure, qu'elle soit en métal ou en caoutchouc, a été signalé par Voillemier : dès que l'urine commence à sortir, la vessie se contracte, revient sur elle-même. Dans ce mouvement de descente, elle glisse sur la canule, et quand celle-ci n'est pas très longue, ou enfoncée profondément, elle finit par l'abandonner et alors il peut se produire une infiltration urineuse².

« Dans trois observations de l'excellente thèse de M. Pouliot, la canule avait été arrachée par le malade et il s'en suivit une infiltration urineuse mortelle. M. le professeur Verneuil a été témoin trois ou quatre fois du même accident.

« En dehors de ces cas malheureux, l'infiltration urineuse peut se produire par un autre mécanisme que Voillemier a aussi indiqué.

« L'infiltration urineuse n'est guère à craindre dans les premières heures qui suivent la ponction, parce que, d'une

¹ Voillemier, *Traité des maladies des voies urinaires*, p. 364.

² Voillemier, *loc. cit.*, p. 364.

part, la canule, dont le volume est un peu plus gros que celui du mandrin, remplit exactement la plaie et que, d'autre part, elle est fortement serrée par les tissus irrités qui se contractent sur elles. Mais, au bout de très peu de temps, les contractions commencent à s'affaiblir et cessent ; la canule est assez libre dans la plaie. Si, dans ce moment, la vessie remplie d'urine vient à se contracter avec énergie pour s'en débarrasser, l'urine peut glisser en dehors de la canule et s'infiltrer dans les parties voisines. »

Un autre danger du trocart courbe qui a été bien mis en évidence par Hughier ¹, Monod, Robert ², Richeraud, est la lésion de la prostate par l'instrument enfoncé trop profondément derrière la symphyse chez un individu à prostate hypertrophiée.

Quoique le fait sorte un peu de notre sujet, puisque nous avons surtout en vue les dangers de la ponction capillaire, nous en avons publié deux observations, ce sont les observations XVI et XVII.

Monod ³ a donné la raison de la production de ces blessures :

« On conçoit comment la prostate peut être blessée dans une ponction hypogastrique, quand on se rappelle d'une part que le lobe moyen de cet organe engorgé peut devenir très volumineux et faire une saillie considérable dans la cavité de la vessie ; de l'autre, que la prostate engorgée semble, dans quelques cas, se déplacer de bas en haut,

¹ Hughier, *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1868.

² Robert, *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1858.

³ Monod, *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1856.

entraînant la vessie et l'urètre, de manière qu'il n'est pas très rare de voir cet organe saillant au-dessus de la symphyse du pubis. »

A l'appui de son dire, Monod cite l'observation d'un malade amené à la maison de santé et dont l'autopsie put être faite.

« A l'autopsie, on trouva les lésions suivantes :

« Hypertrophie considérable de la prostate dans ses parties latérales et moyenne. Tout l'organe s'est élevé dans le bassin derrière la symphyse des pubis : le lobe moyen, de la grosseur d'un œuf de pigeon, fait saillie dans la cavité de la vessie et est ulcéré à son sommet. L'urètre est coudé à angle droit au niveau de cette saillie et son orifice vésical est caché derrière la symphyse. Au sommet de ce coude, commence une fausse route qui traverse toute la base du lobe moyen et aboutit dans la vessie. Dans ce cas, si on avait fait la ponction hypogastrique, le trocart aurait pu facilement atteindre la prostate. »

Après avoir ainsi rapidement passé sur les dangers de la ponction hypogastrique avec gros trocart, et renvoyant, pour plus de détails, à l'ouvrage de M. Watelet, nous aborderons la deuxième partie de notre chapitre et nous essaierons de démontrer que, malgré sa supériorité évidente, la ponction hypogastrique par aspiration n'est pas, comme le prétend M. Watelet, dans ses conclusions, d'une innocuité absolue, mais qu'elle présente, au contraire, de très graves dangers.

Nous avons, dans le chapitre III, décrit le manuel opératoire et l'appareil instrumental de la ponction capillaire; mais nous avons pris le cas le plus favorable et nous n'avons pas eu à nous occuper de l'état des parois vési-

cales. Si sur une vessie saine dont l'élasticité ne laisse rien à désirer, on peut admettre que la plaie faite avec l'aiguille aspiratrice se fermera aussitôt et ne laissera échapper aucune trace d'urine, en est-il de même d'une vessie comme celle du prostatique ou du rétréci, soumise depuis longtemps à une distension presque continuelle, se reproduisant à intervalles très rapprochés, sous l'influence du moindre écart de régime ou de la plus petite faute contre l'hygiène.

Or, cè n'est pas sur une vessie saine que l'on aura à pratiquer une ponction. Quand le canal de l'urètre, par le fait d'un rétrécissement ou d'une hypertrophie prostatique arrive à ne plus pouvoir être parcouru par la sonde évacuatrice, ce n'est, en général, pas d'emblée, à la première atteinte. Depuis longtemps déjà, le malade éprouvait d'une façon intermittente, pour une cause quelconque, de l'impossibilité d'uriner, qui au début surtout était rapidement vaincue et n'amenait pas un état de distension prolongé de la vessie. Mais, peu à peu, sous ces atteintes répétées, l'élasticité du plan musculaire a diminué : par l'effet de la stagnation d'urines qui, rapidement, sont devenues ammoniacales et irritantes, un certain état de sclérose s'est produit ; l'altération de la paroi qui la rend plus friable vient en diminuer l'élasticité. L'élément contractile, sous l'influence de la réplétion exagérée contre laquelle il est chargé de lutter, se fatiguera.

Vienne alors une rétention aiguë. Il est impossible d'admettre que cette vessie, déjà altérée, soumise depuis quelquefois quarante ou cinquante heures, à une distension énorme, en contact depuis longtemps avec des urines septiques, chez un malade dont l'état général est mauvais,

dont l'âge et la fièvre urinaire ont considérablement diminué la vitalité, il est impossible, disons-nous, d'admettre que cette vessie réagira à la piquûre de la même façon que la vessie saine.

Que se passera-t-il alors ? Il arrivera que le pertuis produit par l'aiguille aspiratrice, aussi petit soit-il, ne se fermera pas après l'enlèvement de l'instrument capillaire, et qu'une ouverture béante permettra à quelques gouttes, et même à un jet d'urine de s'échapper et de venir faire issue dans le tissu cellulaire prévésical.

Or, nous savons que toujours l'urine ainsi répandue, infiltrée dans les aréoles du tissu cellulaire sera éminemment septique. Peut-il en être autrement d'une urine qui, depuis plusieurs heures séjourne dans une vessie altérée, au contact d'éléments microbiens venus du dehors par le canal de l'urètre ? Le développement et la pullulation des germes y sont même extrêmement rapides.

En général, en effet, chez le prostatique surtout, avant l'accès de rétention, l'urine s'écoule incomplètement, à cause de la formation entre la paroi postérieure et inférieure de la vessie et le lobe prostatique hypertrophié, d'un cul-de-sac dans lequel l'urine séjourne continuellement, si bien que ce cul-de-sac constitue un véritable réservoir d'éléments septiques, qui sera tout prêt pour l'ensemencement de l'urine qui s'accumulera peu à peu quand l'urètre ne sera plus perméable.

Par suite de l'issue d'un liquide aussi éminemment souillé dans les mailles du tissu cellulaire prévésical, chez un individu souffrant, fatigué, en mauvais état de défense contre toute invasion microbienne, un abcès se formera, un phlegmon prévésical se développera. C'est

ce que démontrent bien les observations I, III, IV, V.

Si l'on peut intervenir assez tôt, l'ouverture du phlegmon et son drainage empêcheront son extension, mais, si un retard quelconque permet la propagation du foyer septique du péritoine, on voit combien les accidents sont plus graves : la mort du malade est fatale, par péritonite purulente, comme dans l'observation II.

Mais, nous dira-t-on, le fait que nous venons de signaler se produit rarement. Il est incontestable, en effet, que cela n'arrive pas après chaque ponction hypogastrique, car les cas défavorables seraient beaucoup plus fréquents, mais il faut bien aussi admettre que, si le pourcentage est si élevé en faveur de l'opération, c'est que beaucoup de chirurgiens auxquels la ponction a donné des insuccès ne les publient pas toujours, persuadés que le phlegmon pré-vésical est imputable non à l'issue de l'urine dans le tissu cellulaire de l'espace de Retzius, mais bien au manque de soins antiseptiques; et ils préfèrent dans cette hypothèse n'en pas faire la publication.

S'il est vrai qu'il ne se produit pas toujours, après chaque ponction, l'issue hors de la vessie de quelques gouttes d'urine, chaque fois indiscutablement, le trocart capillaire qui a servi à retirer le liquide du réservoir distendu et qui, pour cette raison, a fatalement plongé, si peu que ce soit dans l'urine septique, quoique retiré très rapidement et en continuant l'aspiration, essuiera sa circonférence extérieure dans le tissu cellulaire pré-vésical et y laissera le germe de l'infection. Ainsi se trouvent expliqués les cas relatés dans les observations VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII et XIV, où le pertuis vésical n'a pu être retrouvé.

Fatalement donc, dans toute ponction sus-pubienne capillaire, même si le trajet du trocart à travers la paroi vésicale s'est refermé, l'introduction dans le tissu cellulaire sous-cutané d'un germe infectieux sera possible par le fait du retrait de l'aiguille.

Combien plus graves encore seront les accidents qui se produiront quand l'instrument aura eu à traverser avant d'atteindre la vessie, le cul-de-sac péritonéal insuffisamment relevé.

Si nous nous reportons au chapitre II, nous voyons que, d'après les notions anatomiques les plus récentes, l'ascension du péritoine ne se produisait pas fatalement, et que, sur certaines vessies, la distension se faisait dans le sens transversal au lieu de se faire suivant une ligne verticale.

La hauteur d'ascension de la séreuse serait alors si petite que l'instrument aspirateur enfoncé au lieu d'élection, c'est-à-dire à 2 centimètres au-dessus du pubis, la traverserait sûrement.

On dira qu'à la percussion on notera facilement l'absence de matité sur la ligne médiane, mais il se pourra aussi qu'une ascension légère du sommet de la vessie se soit produite, et comme il faut à tout prix vider le réservoir distendu, on se contentera d'une surface de matité très petite pour justifier son opération, et le péritoine sera traversé.

Le cas peut aussi se présenter — et c'est ce qui arrive beaucoup plus fréquemment qu'on ne le croit — où, la vessie se distendant dans les conditions normales, c'est le cul-de-sac péritonéal qui, fixé par des adhérences au pubis ou à la paroi abdominale, ne peut plus s'élever.

Pouliot ¹ a noté un exemple où la ponction décidée par M. Pétrequin n'a pu être faite à cause de l'état général trop mauvais du sujet. Or, à l'autopsie, on trouva le cul-de-sac à 1 centimètre au plus de la symphyse pubienne : « La région hypogastrique fut disséquée avec précaution ; le péritoine descendait à 6 ou 7 lignes (1 centimètre du pubis) ».

Mon ami, le D^r Romary ², dans son travail inaugural, publiera une série de cas où l'adhérence du péritoine avec la symphyse a été démontrée; d'autre part, des expériences cadavériques lui ont permis de rencontrer des sujets chez lesquels, avec une distension énorme, le péritoine avait subi une ascension si peu considérable, que fatalement, une ponction sus-pubienne l'aurait intéressé.

Très obligeamment, il m'a communiqué les épreuves de son travail et m'a autorisé à publier quelques-unes de ses recherches.

Étudiant l'influence des hernies sur la hauteur et la mobilité du cul-de-sac péritonéal, il cite les expériences très concluantes de Pouliot, qui a pu prouver que, chez certains malades, des hernies inguinales ont empêché le cul de-sac de s'éloigner du pubis.

Mais, d'après Romary, ce serait M. Féré qui aurait étudié systématiquement l'influence des hernies à ce point de vue.

Féré en aurait publié sept observations. La première ³

¹ Pouliot, thèse de Paris, observation II.

² Romary, thèse de Lyon, 1895.

³ Féré, *Bulletin de la Société anatomique*, 1876.

a été communiquée à la Société anatomique en 1876 :

« Dans une autopsie d'un malade mort à Bicêtre, la vessie fortement distendue remonte jusqu'à un peu moins d'un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Malgré cette distension du réservoir urinaire, le péritoine descend jusque sur le pubis et en rasant la symphyse avec un scalpel à plat, on touche le fond du cul-de-sac qu'il forme en avant de la vessie. Cette disposition anormale paraît due à ce que le péritoine, attiré en bas de chaque côté de la ligne médiane pour former des hernies considérables bridait, pour ainsi dire, la vessie en avant et n'a pu se laisser refouler qu'en arrière. Au point de vue de la ponction hypogastrique, il serait intéressant de rechercher si cette disposition exceptionnelle existe fréquemment ou toujours dans les cas de hernies scrotales doubles et volumineuses. »

Les six autres observations sont aussi très concluantes et montrent bien le danger de la ponction sus-pubienne chez de tels sujets.

Romary cite aussi l'avis de Delbet¹, d'après lequel une double hernie acquise dont le sac se serait principalement formé par glissement pourrait apporter à l'ascension du péritoine une gêne notable.

Rafin², de Lyon, signale « une disposition spéciale du péritoine à la surface de la vessie, disposition constatée au cours de l'opération (une taille hypogastrique). La vessie n'était libre de péritoine qu'au niveau de la partie mé-

¹ Delbet, *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, mars 1892.

² Rafin, huitième Congrès de chirurgie.

diane et cela sur une faible largeur seulement. Le fait me paraît devoir être attribué à ce que la séreuse avait subi dans ses parties latérales des tractions dues à la présence de deux hernies inguinales dont le malade était porteur. Une telle disposition est utile à connaître; en pareil cas, une ponction vésicale devrait être rigoureusement médiane sous peine d'intéresser le péritoine. »

Pétersen¹, Pitha, Bromfield et Lantzbeck, Sonnenburg, Gussenbauer² ont publié eux aussi des cas où le péritoine, non seulement descendait plus bas que normalement, mais encore était retenu au niveau du pubis par des brides fibreuses.

En 1885, M. Polaillon³ a publié l'observation d'un malade de vingt et un ans, calculeux, chez lequel, après avoir distendu la vessie et introduit le ballon de Pétersen dans le rectum, il commença à faire la taille hypogastrique.

« Je fais une incision de 6 centimètres à partir du pubis sur la ligne médiane. J'arrive facilement sur le tissu cellulaire qui sépare la paroi abdominale de la vessie; en écartant avec précaution ce tissu cellulaire, je trouve une membrane qui glisse sur le globe vésical en réalité peu saillant. Cette membrane qui n'est autre chose que le feuillet pariétal du péritoine semble s'étendre jusqu'au pubis. Pour en avoir le cœur net (et convaincu d'ailleurs que je n'ajoute rien à la gravité de l'opération, j'incise le péritoine près du pubis, dans l'étendue de quelques millimètres, je

¹ Petersen, Congrès de Berlin. Deux communications.

² Thèse de Romary, Lyon, 1895.

³ *Bulletin de la Société de chirurgie*, séance du 15 juillet 1885.

vois par cette petite boutonnière que le péritoine se prolonge jusqu'au pubis. En y introduisant une sonde, je constate que la réflexion du péritoine se fait exactement au niveau du bord supérieur du pubis et qu'il n'y a pas place entre ce bord et le cul-de-sac du péritoine pour faire la taillle hypogastrique. »

M. Etienne Rollet a publié¹ une observation où le péritoine adhérait intimement au pubis et où la ponction avait dû être faite. Fort heureusement le lendemain, une cystostomie sus-pubienne vint réparer les désastres produits et le malade fut guéri de son commencement de péritonite. Il mourut de broncho-pneumonie intercurrente (observation XV).

Mais M. Rollet a encore noté d'autres cas.

Ainsi² chez un de malade trente-sept ans en état de rétention aiguë, par suite de rétrécissement, on fait une cystostomie d'urgence : « M. Rollet décide aussitôt l'intervention et fait une incision de 5 centimètres sur la ligne médiane, à 3 centimètres du pubis. Les parois abdominales incisées, on tombe sur le cul-de-sac péritonéal que l'on peut suivre jusqu'au pubis où il adhère par une faible bride, ce qui permet de l'en détacher. On le récline. »

De même, M. Bérard, interne de M. Rollet, a publié³ la relation d'une cystostomie sus-pubienne temporaire pour gros calcul vésical. L'adhérence du péritoine à la symphyse y est signalée.

M. Tellier a vu un malade chez lequel, malgré une

¹ *Lyon médical*, 1894.

² Thèse de Poullain, Lyon, 1894.

³ *Archives provinciales de chirurgie*, mai 1895.

énorme distension de la vessie le péritoine descendait jusque sur la face postérieure de la symphyse pubienne.

M. Romary signale aussi les cas d'adhérence possible du péritoine à la paroi abdominale, causés par des ostéites du pubis, des péritonites localisées, des plaies de l'hypogastre et des phlegmons de la cavité de Retzius, voire même par l'ascite. « Le liquide ascitique ¹ distend le péritoine, refoule le cul-de-sac prévésical, aussi bien que le cul-de-sac vésico-rectal, et, s'il se joint à cette ascite un léger degré d'inflammation, le péritoine conservera la place nouvelle que le refoulement lui a fait prendre. »

Si des cas n'ont pas été à notre connaissance publiés, il est très logique de croire à la réalisation de tels faits.

Enfin, les conclusions de mon ami, M. Romary, sont très affirmatives.

« Il existe un cul-de-sac péritonéal prévésical. Ce cul-de-sac est moins élevé que ne le prétendent en général les auteurs ; il descend d'autant plus bas que le sujet est plus âgé, qu'il est plus maigre. Il y a des différences marquées suivant les sujets examinés. Le contact du péritoine avec la symphyse se rencontre assez fréquemment avec des vessies distendues au double de la capacité physiologique moyenne. »

Fort heureusement, chez tous les malades dont nous venons de parler, on n'a pas eu à pratiquer la ponction hypogastrique de la vessie (sauf bien entendu le cas de M. Rollet qui fait l'objet de l'observation XV).

Mais si au lieu d'être pour la plupart calculeux, ils eussent été prostatiques ou rétrécis et que, sous une in-

¹ Thèse d'Hassan, Montpellier, 1888.

fluence quelconque, ils se fussent trouvés en état de rétention aiguë, une ponction aurait peut-être été pratiquée; on voit quels dangers eût présenté cette opération, quelles terribles conséquences pouvaient en être la suite.

Nous laissons de côté l'inconvénient qui peut résulter du manque de soins antiseptiques, car les accidents qui se produisent alors sont le fait, non de l'opération, mais bien celui de l'opérateur.

Nous avons ainsi passé en revue les dangers de la ponction hypogastrique de la vessie.

Que ferez-vous alors, pourra-t-on nous faire observer, à un malade rétentionniste, à vessie distendue, prête à se rompre, quand le cathétérisme ne pourra se faire ?

Nous pratiquerons d'emblée une cystostomie sus-pubienne temporaire, et au lieu de nous fier à une opération aveugle, dont nous avons essayé de montrer les très graves dangers, nous agirons à ciel ouvert. Une fois la paroi abdominale incisée, il nous sera facile de voir si le péritoine pariétal descend dans la plaie, de le récliner avec le doigt recourbé en crochet, et d'inciser sans aucune crainte la paroi antérieure de la vessie. Un point de suture à la partie supérieure de la plaie vésicale pour empêcher le péritoine de redescendre, quelques autres pour fixer à la peau les lèvres de l'ouverture de la vessie et le malade est soulagé par une opération d'une bénignité incontestable.

Une fois les accidents passés du côté de la prostate, le rétrécissement guéri par les moyens chirurgicaux en usage, on laisse la plaie abdominale se fermer toute seule, ce qui se produit toujours et très facilement, puisqu'on est au contraire obligé de modérer la tendance à l'oblitéra-

tion du méat artificiel, si l'on veut dévier d'une façon permanente le cours des urines.

Ainsi, aucune ponction n'a été nécessaire. Si nous pouvons admettre que le praticien se trouvant dans l'impossibilité d'exécuter une cystostomie sus-pubienne, faute d'instruments, se laisse aller à faire une ponction aspiratrice de la vessie, ce n'est qu'à la condition que le lendemain, dès qu'il sera possible, une cystostomie soit pratiquée pour arrêter les phénomènes septiques qui ont pu se produire, dès le début de leur évolution.

Nous ne pouvons mieux terminer, qu'en répétant les paroles de M. le professeur Poncet : « S'il est plus dangereux aujourd'hui de ponctionner un kyste de l'ovaire que de l'enlever, il peut être non moins imprudent de recourir pour la vessie à une ponction du même ordre, qu'il faudra en outre le plus souvent répéter. »

CHAPITRE V

Observations.

OBSERVATION I¹ (résumée).

Infiltration urineuse du tissu prévésical.

G..., soixante ans, tonnelier à Brussieux (Rhône), a toujours eu une bonne santé. Pas de blennorragie, de syphilis ou autres maladies antérieures : quelques excès alcooliques.

Troubles urinaires datant de la fin de 1890. En avril 1891, rétention complète. Le 9 mai 1891, le malade rentre à l'Hôtel-Dieu où l'interne de service, ne pouvant pas passer, fait une ponction aspiratrice. Urines claires, prostate volumineuse, fausses routes.

Deux heures après, devant l'imperméabilité du canal, M. Poncet pratique la cystostomie. *Œdème du tissu cellulaire. Le cul-de-sac du péritoine étant relevé, on voit sourdre un jet d'urine continue par l'orifice qu'a laissé l'aiguille de Potain.*

Suit la description de l'opération et des suites.

¹ *In* thèse de Bonan, Lyon, 1892, due à M. Poncet.

OBSERVATION II ¹

Ponctions capillaires de la vessie. — Péritonite purulente.

Il s'agit d'un homme de soixante-treize ans, atteint de rétention d'urine et apporté à l'Hôtel-Dieu dans la nuit du 12 février. Des tentatives infructueuses de cathétérisme avaient été faites en ville. L'interne de garde appelé ne crut pas devoir faire de nouvelles manœuvres : il pratiqua la ponction de la vessie et recueillit, à l'aide de l'appareil Potain, 8 à 900 grammes d'urine.

Deux ponctions vésicales furent faites dans la suite. Le 19 février, sept jours après son entrée à l'hôpital, le malade mourait.

A l'autopsie on trouva une péritonite purulente, les anses intestinales adhérentes entre elles étaient accolées au péritoine pariétal ; dans le petit bassin on aurait pu recueillir au moins un verre de pus.

Quant à la face antérieure de la vessie, elle était dans toute son étendue adhérente à la paroi abdominale antérieure : pour être plus exact, elle en était séparée par une couche purulente abondante que limitaient de chaque côté des adhérences. Nous avons pu retrouver dans l'épaisseur de la paroi abdominale des traces de deux des piqûres faites avec le trocart, grâce aux ecchymoses qu'avait produites leur passage : par la pression, on en faisait sourdre un peu de pus. L'inflammation avait débuté par la face antérieure de la vessie, puis s'était généralisée au péritoine : c'est là ce que démontrait surabondamment l'examen de la cavité péritonéale.

Les organes urinaires enlevés, puis la vessie et le canal de l'urètre incisé dans toute son étendue, nous avons trouvé les parois vésicales un peu hypertrophiées, la muqueuse vésicale légèrement plus vasculaire qu'à l'état normal. La lésion principale avait pour siège

¹ In *Mémoires et comptes-rendus de la Société des Sciences médicales de Lyon*, 1876, due à M. Poncet.

la deuxième portion du canal de l'urètre. Au niveau du bulbe il existait, en effet un rétrécissement de 10 à 12 millimètres d'étendue, en avant une fausse route avec abcès, et en arrière une dilatation notable de l'urètre.

D'après les renseignements fournis par la famille du malade, c'est la veille de son entrée à l'hôpital qu'il aurait été pris de rétention d'urine ; jusque-là il avait continué son métier de tailleur.

La péritonite est survenue dans les derniers jours, et tout porte à supposer qu'elle doit être imputée aux ponctions vésicales ; très probablement en retirant l'aiguille aspiratrice, quelques gouttes d'une urine ammoniacale sont tombées dans le tissu cellulaire prévésical et ont entraîné un phlegmon compliqué de péritonite purulente.

OBSERVATION III ¹

Rétention d'urine aiguë. — Une ponction capillaire hypogastrique. — Phlegmon prévésical.

J. M..., cordonnier, âgé de quarante-trois ans, né à Rives, demeurant à Lyon, est entré à la Clinique, salle Saint-Martin, n° 2, le 9 avril 1894, pour une rétention aiguë d'urine.

Son passé urinaire est le suivant :

À l'âge de vingt ans, blennorrhagie qui dura fort longtemps : trois ou quatre ans après, en 1875, signes de rétrécissement de l'urètre.

Dilatation progressive. Le malade passait de temps à autre des bougies qui étaient de plus en plus petites.

En décembre 1890, infiltration urinaire ; long séjour dans mon service, salle Saint-Louis.

Larges incisions du phlegmon urinaire. Urétrotomie externe. Sonde à demeure, calibrage de l'urètre par les beniqués.

¹ In *Archives provinciales de chirurgie*, 1^{er} février 1895, due à M. Poncet.

Quatre mois après, malgré ce traitement, le malade quittait l'Hôtel-Dieu, encore porteur d'une fistule périnéale qui pendant la miction donnait passage à une certaine quantité d'urine.

Depuis lors il a fait plusieurs séjours à l'hôpital, on l'a sondé, dilaté, urétrotomisé, pour rétablir la voie normale, mais en vain.

L'urine coulait toujours par le périnée, et tant bien que mal par le méat normal, malgré des tentatives de cathétérisme qui dans ces derniers temps n'étaient plus possibles. Aux troubles de l'urination s'ajoutaient de temps à autre des accès de fièvre, de l'anémie, un amaigrissement, un affaiblissement progressif.

Enfin dix jours avant sa dernière entrée à l'Hôtel-Dieu, le pauvre homme fut pris d'une rétention aiguë.

Le cathétérisme étant impossible, on pratiqua une ponction capillaire sus-pubienne.

A partir de ce moment, l'état du malade s'aggrava. Il éprouvait de violentes douleurs dans la région hypogastrique et quoique la miction se fût un peu rétablie par la fistule périnéale, il allait de mal en pis.

La température totale se maintenait entre 39 et 40 degrés.

Le 17 avril, lorsque j'examinai J. M..., qui présentait tous les symptômes d'une urinaire fébrile, je constatai l'existence d'un énorme abcès sus-pubien, à fluctuation très nette, mais sans cependant, changement de coloration de la peau. La vessie était distendue, son évacuation très incomplète se faisait par la fistule périnéale qui avait au dehors la forme d'une petite masse verruqueuse. Me souvenant de l'histoire de ce malade que j'avais déjà opéré dans mon service, je n'essayai même pas de pratiquer le cathétérisme. Entre temps, je fis noter que le méat normal était petit, particularité sur laquelle je reviendrai plus loin, qu'il mesurait à peine 2 ou 3 millimètres.

Opération. — Après éthérisation, j'incisai largement le *phlegmon sus-pubien* et je pratiquai l'urétrostomie périnéale.

L'abcès fournit deux verres au moins d'un pus épais, sanieux, particulièrement fétide développé dans le tissu cellulaire prévésical.

Avec l'extrémité de l'index introduit au fond de l'abcès, on

sentait sur la face antérieure de la vessie une dépression comme une petite ulcération répondant très probablement à l'ouverture de la vessie par l'aiguille qui l'avait ponctionnée. Lavage de la cavité : deux gros drains y sont placés à droite et à gauche sous chaque grand droit.

Puis suit la description de l'urétrostomie périnéale et des suites. Le malade guérit très bien.

OBSERVATION IV¹

Ponction capillaire hypogastrique. — Absès prévésical dû à l'issue de l'urine hors de la vessie après le retrait de l'aiguille.

S..., Joseph, âgé de soixante-sept ans, cultivateur, admi à l'hôpital, le 12 juillet 1890. Rien de particulier dans les antécédents. Il y a sept ou huit ans, il commença à être obligé de se lever la nuit pour uriner, le premier jet ne se produisait qu'après une certaine attente. L'affection s'aggrava brusquement lorsqu'il y a quatre ans, on lui fit l'ablation de son avant-bras au pli du coude. Les mictions à partir de ce moment, deviennent de plus en plus difficiles ; bientôt l'urine ne sortit que goutte à goutte. En outre, depuis un an, cet homme a remarqué que son appétit a diminué, qu'il trouve certains aliments moins bons ; les besoins d'uriner se montrent toutes les demi-heures.

Le 6 juillet 1891, il fait une longue marche pour se transporter dans une ville voisine et prend le soir une petite dose d'absinthe. Après son dîner, il lui est impossible de vider sa vessie bien qu'il en sente le besoin impérieux.

On appelle un médecin qui tente le cathétérisme. Une première fois, il parvient à soulager le malade. Dans une seconde manœuvre, il ne peut réussir et crée une fausse route. La rétention con-

¹ In thèse de Sauvajol, Montpellier, 1891.

tinue, il sort de temps en temps quelques gouttes d'urine par regorgement. C'est dans ces conditions qu'il est arrivé dans nos salles.

Nous constatons d'abord que la vessie est très distendue, elle remonte bien au-dessus de la symphyse pubienne.

Le malade en contractant sa paroi abdominale arrive parfois à expulser une petite quantité d'urine. Perte d'appétit à peu près complète. Abattement.

13 juillet. — Même état. On prescrit 60 centigrammes de sulfate de quinine et un lavement froid. T. 38°2. Dans la soirée on retire un peu d'urine avec une très petite sonde en gomme.

14 juillet. — T. 37°4 et 38°5. Le malade continue à souffrir, le cathétérisme est impossible. On fait une *ponction capillaire*. Lavement et bain de siège.

15 juillet. — Température 37°5 et 38°2. On introduit une petite sonde.

19 juillet. — La température s'est maintenue autour de 38 degrés. Aujourd'hui dans la soirée elle monte à 40°1. Les forces diminuent, la soif est intense ; la langue est sèche et rouge sur les bords. Les sondes en gomme, même les plus petites, ne dépassent pas la région prostatique. C'est par regorgement que l'urine suinte de la vessie. Dépôt purulent au fond de l'incision.

20 juillet. — Température 36°5 et 39°5. Comme la rétention persiste et que l'état s'aggrave de jour en jour, M. Tédénat pratique la cystostomie sus-pubienne. Le malade est anesthésié. Incision progressive des dernières couches de la paroi abdominale.

M. Tédénat constate alors que *le trajet de la ponction capillaire laisse sourdre un liquide purulent qui provient d'un abcès qui s'était formé au-devant de la vessie derrière la paroi abdominale et dans la partie la plus élevée de la cavité de Retzius. L'origine de cet abcès était due à l'issue par le trajet de la ponction capillaire de l'urine purulente qui avait déterminé le phlegmon.*

Au moment où on pénètre dans la vessie, le péritoine est blessé ; il en sort un liquide citrin.

Suit la fin de l'opération. Enfin le malade peut se lever tous les jours, le 8 novembre.

OBSERVATION V¹ (inédite).

*Ponction sus-pubienne aspiratrice chez un vieux prostatique.
— Infiltration d'urine dans la cavité prévésicale.*

X..., quatre-vingts-ans. Souffre d'accidents urinaires depuis longtemps. Depuis cinq ans il n'urine plus seul et est obligé de se sonder plusieurs fois par jour avec une sonde semi-rigide en caoutchouc.

Etat général assez satisfaisant ; sujet maigre. A eu, il y a quinze jours, une bronchite qui l'a beaucoup affaibli et vient de faire des marches longues et pénibles.

Le 31 octobre 1894, au soir, sans cause appréciable, X... n'a pu se sonder. La nuit suivante et toute la journée du 1^{er} novembre, il prend des boissons diurétiques qui ne font qu'augmenter la tension de la vessie et causer des douleurs intolérables aggravées encore par des tentatives réitérées de cathétérisme. Ces dernières faites à l'aide d'une sonde éraillée provoquent une légère hématurie urétrale.

Le 2 novembre, à 6 heures du matin, soit trente-six heures après le début des accidents, deux de nos confrères mandés auprès du malade font, avec la plus grande prudence, des tentatives de cathétérisme avec des sondes de divers modèles montées sur bougies conductrices et ne peuvent arriver à pénétrer dans la vessie.

Appelé nous-même auprès du blessé, nous le trouvons abattu, anxieux, la peau chaude et le ventre tendu par la présence du globe vésical qui remonte presque à l'ombilic. Toute idée d'intervention immédiate ayant été rejetée par la famille, on fait une

¹ Due à l'obligeance de M. le médecin-major de 2^e classe Sieur, répétiteur à l'Ecole du Service de santé militaire.

ponction de la vessie en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques utilisées en pareil cas et avec l'aide du plus fin trocart de la boîte de Potain. Issue de 1200 à 1400 grammes d'urine trouble et ammoniacale.

Dans la journée, calme relatif, mais inappétence ; langue sèche, peau chaude, sensibilité notable du ventre et *pression douloureuse dans la région sus-pubienne*.

A 5 heures du soir, nouvelle ponction qui permet de retirer un litre d'urine plus trouble encore que celle retirée le matin et d'odeur fortement ammoniacale. Une nouvelle tentative de cathétérisme faite avec soin n'est suivie d'aucun effet. Nuit calme.

Le lendemain, 3 novembre 1894, le malade paraissant s'affaiblir notablement, on se décide à intervenir.

L'opération est pratiquée dans la soirée avec le bienveillant concours de M. le médecin principal Viry et de nos collègues, MM. Rioblanç, Benoît, et Janot.

Incision médiane de 8 centimètres, commençant immédiatement au-dessus de la symphyse pubienne. Arrivé sur le tissu cellulaire sous-péritonéal et rétro-pubien, nous le *trouvons infiltré par un épanchement urineux de teinte grise et d'odeur fortement ammoniacale. Cet épanchement provient du suintement qui s'est produit à la suite des deux ponctions pratiquées sur une vessie altérée depuis longtemps*.

Du reste, la preuve de ce suintement nous est fournie par le fait suivant : un gros fil de catgut en anse ayant été passé dans la paroi vésicale pour soutenir cette dernière et faciliter son ouverture et sa suture à la paroi, nous voyons sourdre l'urine de chaque côté du fil.

Suit la description de l'opération de cystostomie sus-pubienne qui fut pratiquée. La mort survint par intoxication urineuse au bout de trente-six heures.

OBSERVATION VI ¹

*Mort à la suite d'une ponction aspiratrice
supra-pubienne de la vessie.*

Le mercredi 15 mars 1891, vers 10 heures du matin, je fus appelé pour voir G. V..., âgé de soixante-quinze ans, d'une forte constitution et paraissant en bonne santé. Il avait eu des troubles de la miction depuis quelque temps, mais jamais de rétention.

Depuis le lundi précédent, il avait eu des douleurs violentes dans la région de la vessie et pouvait à peine uriner quelques gouttes à la fois. Constipation. L'appétit était perdu ; la langue était un peu sale.

Je trouvai la vessie modérément distendue : le sommet était à peu près à 2 pouces au-dessous de l'ombilic (5 centimètres à peu près).

Un bain chaud ne donna pas d'amélioration.

En examinant l'urètre, je trouvai plusieurs rétrécissements ; mais on pouvait introduire une sonde ordinaire courbe jusqu'à l'urètre prostatique : rien ne pouvait plus passer au delà et les manipulations donnent naissance à une petite hémorragie. Je fis alors administrer au malade de la morphine jusqu'à complète somnolence.

A 5 heures, je me décidai à faire une ponction aspiratrice, sachant que la vessie courait des risques si elle n'était pas soulagée.

Une hernie inguinale double et une accumulation assez considérable de graisse sur le pubis rendaient son bord supérieur quelque peu vague. Je me décidai cependant à enfoncer l'aiguille au-dessus.

¹ In *New-York medical Journal*, 10 septembre 1892, par Dyer-Sanger.

Ayant pris la précaution de laver, de raser et de passer au sublimé le champ opératoire, et ayant complètement lavé mon aiguille, je croyais que je pouvais la passer à travers le péritoine en toute sécurité.

Environ une quarte (1 litre 13) fut retirée de la vessie et le malade exprima tout de suite son soulagement. Une goutte de sang suivit le retrait de l'aiguille. Le point de la piqûre fut recouvert avec une bande d'emplâtre adhésif et le patient commença à dormir.

Le jour suivant, la constipation cessa et il put émettre une grande quantité d'urine dont une partie s'échappa dans son lit, si bien que la quantité exacte du liquide expulsé ne put être déterminée.

Le vendredi matin, il se plaignit de gêne dans la partie inférieure de l'abdomen et de tension : la vessie ne pouvait pas être sentie ; le pouls était quelque peu accéléré ; la température était normale. On administra du sulfate de magnésie.

Vers le soir l'abdomen devint tympanique, le pouls plus rapide, la température s'éleva à 39 degrés ; l'expression du visage devint anxieuse et l'urine ne passa plus qu'en petite quantité ; la vessie ne pouvait plus être découverte. On donna de l'opium pour soulager la douleur ; le patient mourut samedi à 7 heures, soixante-deux heures après la ponction aspiratrice.

Autopsie. — L'autopsie fut faite en cachette et pour cette raison les notes sont malheureusement incomplètes.

Au moment de l'ouverture de l'abdomen, je m'aperçus que le point où l'aiguille avait traversé la paroi était à environ 5 centimètres au-dessus du bord supérieur de la symphyse. *Une ligne de légère extravasation marquait la trace de l'aiguille à travers la paroi et à travers les plis du péritoine pariétal.* Au delà la trace ne pouvait pas être nettement déterminée, car la cavité pelvienne était remplie de sang. Des adhérences très denses fixaient la vessie dans toutes les directions ; elles demandaient une force considérable pour être brisées. Il y avait une grande rougeur du péritoine viscéral et pariétal dans le voisinage de la vessie. A première vue on ne voyait ni pus, ni urine.

Le diagnostic était à peine assuré que l'on vint réclamer le corps et force me fut de m'en tenir là.

OBSERVATION VII¹ (résumée).

Œdème et phlegmon du tissu prévésical.

S... F..., soixante-dix-huit ans, cultivateur. Troubles urinaires datant de deux ou trois ans. Il y a quinze jours, rétention complète. Miction par regorgement.

Le 10 juin 1890, le cathétérisme devient impossible. On constate des fausses routes. Deux ponctions hypogastriques. Le lendemain : température 39 degrés; œdème, un peu de rougeur et de sensibilité des bourses et de la partie inférieure de la paroi abdominale. Langue sèche et noirâtre.

Cystostomie. — *Œdème et phlegmon septique du tissu cellulaire sous-cutané et prévésical.*

Incision vésicale.

Suit la description de l'opération et des suites.

OBSERVATION VIII² (résumée).

Phlegmon gangreneux du tissu prévésical.

Le 29 avril 1892, arrive dans le service Saint-Pothin un vieillard de soixante douze ans, présentant un état général très grave, en même temps qu'une rétention d'urine absolue. Le toucher rectal révélait une tuméfaction douloureuse de la prostate : le cathétérisme était extrêmement difficile, faisait souffrir le malade

¹ In thèse de Bonan, Lyon, 1892, due à M. Poncet.

² In thèse de Bonan, due à M. Gangolphe.

et déterminait des hémorragies. La petite sonde qui avait pu être introduite ne donnant que quelques gouttes d'urine, M. Perriol, mon interne, pratiqua d'urgence la ponction aspiratrice. L'urine était horriblement fétide et trouble.

Le lendemain, lorsque nous l'examinâmes, la rétention était tout aussi complète : la vessie était sensible à la palpation.

L'état général étant des plus graves, l'examen de la vessie permettant de songer à l'existence de concrétions phosphatiques ou d'un corps étranger, nous nous décidons séance tenante à faire la cystostomie.

On n'employa pas le ballon de Petersen : quant aux différents temps opératoires, ils ne présentaient rien de bien spécial ; toutefois les assistants furent comme nous, *frappés de l'aspect blanchâtre, livide des muscles et ensuite de la coloration verte et gangreneuse du tissu cellulaire prévésical*. Ce changement de coloration était d'autant plus appréciable qu'il contrastait absolument avec l'aspect beurre frais habituel des lobules graisseux de cette région.

L'opération permit de retirer un corps étranger volumineux. Du reste, elle réussit très bien et le malade revu par M. Bonan à la fin de mai était très satisfait de son sort.

Dans les considérations dont M. Gangolphe fait suivre cette observation, une est à noter, très importante :

« Les ponctions capillaires ne sont pas inoffensives ; nous avons surpris, pour ainsi dire, un phlegmon gangreneux au début de son évolution. »

OBSERVATION IX ¹

Infiltration urineuse, suite de ponction hypogastrique.

Un vieillard de soixante-cinq ans fut envoyé à l'Hôtel-Dieu de Lyon par le Dr Féat.

Le malade depuis trois jours avait été pris sans cause appréciable, d'un pissement de sang abondant. Le cathétérisme qui était alors facile n'avait rien révélé du côté de la vessie, mais l'hématurie persistant, le malade entra dans le service de M. Poncet. Le jour même de l'entrée, des accidents de rétention se produisirent. Ne pouvant, par suite de l'hypertrophie prostatique qui était énorme, pénétrer dans la vessie avec une sonde, l'interne de garde pratiqua une ponction capillaire. J'examinai le malade, dit M. Poncet, douze heures environ après la ponction : la nuit avait été mauvaise ; il se plaignait de ne pouvoir uriner et *accusait une douleur assez vive à la pression au-dessus du pubis*. Le toucher rectal révélait une hypertrophie prostatique assez considérable. Le cathétérisme était assez facile avec une sonde molle ; il ramena trois quarts de verre environ de sang, d'une coloration noire foncée.

L'exploration de la cavité vésicale, avec la sonde de Thompson, permit de constater l'absence d'un calcul, mais ne donna pas d'autres renseignements. Je pensai à une tumeur de la vessie et, en présence de ces hématuries abondantes qui avaient déjà considérablement affaibli le malade, je pratiquai la taille sus-pubienne.

La ligne blanche incisée, un liquide noirâtre, d'odeur urineuse s'échappa en abondance par la plaie. L'infiltration s'étendait jusqu'aux deux fosses iliaques, elle était d'autant plus nette que le liquide contrastait par sa teinte foncée avec celle des parties voisines.

¹ In *Mercredi médical*, 4 novembre 1891, due à M. Poncet.

La paroi antérieure de la vessie fut facilement mise à découvert, mais on n'aperçut aucune ouverture.

Suit la description de l'opération.

OBSERVATION X ¹ (résumée).

Cystostomie sus-pubienne. — Inflammation septique du tissu cellulaire prévésical, suite d'une ponction.

Le malade, atteint déjà de troubles prostatiques insignifiants, fut pris vers le milieu de mai 1894 d'une rétention brusque. Il fut alors sondé assez facilement à ce moment par le D^r Charvet, de Chazey, mais après quelques jours le cathétérisme devint impossible et depuis dix jours la vessie n'a pu être vidée que par des ponctions sus-pubiennes, faites à des intervalles variés, au nombre de six.

Lorsque M. Poncet vit le malade, le 26 mai 1892, une tentative de cathétérisme provoqua une légère hémorragie et ne permit pas d'arriver dans la vessie.

La cystostomie fut pratiquée séance tenante. Elle présenta certaines difficultés en raison de l'adipose du sujet et de la résistance des grands droits, sous forme de deux sangles anormalement tendues.

Le tissu prévésical était grisâtre, offrant *tous les signes d'une inflammation septique, mais il n'existait pas d'infiltration urineuse à proprement parler.*

A l'ouverture de la vessie, très profondément située, il s'écoule trois quarts de verre d'une urine acajou, d'odeur ammoniacale. Six points de suture fixent vessie et paroi.

29 mai. — L'urine s'écoule par la plaie, mais l'état général du malade est médiocre. L'urine épaisse, sale ; température 37 degrés.

La paroi abdominale est douloureuse au voisinage du nouveau

¹ In thèse de Lagoutte, Lyon, 1894.

méat, surtout à gauche, M. Poncet fait sauter les points de suture du côté correspondant.

30 mai.— *Il existe un phlegmon dont le point de départ est le tissu cellulaire prévésical infecté*, particularité que l'on avait constatée pendant l'opération. M. Poncet fait une incision de 6 centimètres dans ces tissus phlegmoneux. A partir de ce moment, amélioration progressive.

Suit la description des suites et des effets éloignés de l'opération.

OBSERVATION XI¹

Cystostomie sus-pubienne pour rétention d'origine prostatique et infiltration urinaire sus-pubienne consécutive à une ponction capillaire.

M. N..., soixante-trois ans, est un homme d'apparence vigoureuse, qui depuis trois ans présente des troubles fonctionnels d'origine prostatique. Il avait l'habitude chaque jour avant de se coucher de pratiquer le cathétérisme, qui était du reste facile.

Il y a trois jours, accidents brusques de rétention. Le malade ne peut pénétrer dans la vessie avec sa sonde; le médecin n'est pas plus heureux et fait une fausse route.

Trois ponctions capillaires ont été depuis lors pratiquées.

Lorsque M. Poncet vit le malade dans l'après-midi du 17 juin 1892, la dernière ponction, qui avait été pratiquée le matin avait été faite à blanc. Le ventre était un peu ballonné, surtout *au-dessus du pubis où l'on constatait un certain empâtement*. Pas de vomissements. Malade anxieux, langue sèche. Température 38°,5.

La cystostomie est pratiquée avec l'assistance du Dr de Wezyck.

La ligne blanche incisée, issue et abondance d'urines ammoniacales infiltrées dans le tissu cellulaire prévésical.

¹ In thèse de Lagoutte.

Incision de la vessie près du col.

Suit la description de l'opération et de ses suites.

OBSERVATION XII¹ (résumée).

*Infection urinaire chronique. — Ponction de la vessie. —
Début de phlegmon prévésical. — Cystostomie.*

F. J. B..., soixante-quatorze ans, cultivateur, entré le 15 juillet 1893. Hôpital de la Pitié. Service de M. Reclus.

Début des troubles urinaires, 1888. Amélioration à la suite d'un séjour à l'hôpital Necker. En janvier 1891, accès de rétention aiguë qui cède en trois jours.

Le 12 juillet, nouvel accès de rétention aiguë qui amène le malade à l'hôpital. Jusqu'au 25 juillet, on peut, difficilement cependant, passer une sonde. Mais le 25 juillet, ponction.

27 juillet. — Nouvelle ponction qui donne 1800 grammes d'urines fétides : état général grave.

28 juillet. — Nouvelle ponction.

29 juillet. — M. le professeur Poncet pratique la cystostomie. *La paroi abdominale est infiltrée de produits inflammatoires indiquant la formation d'un phlegmon prévésical.* La vessie est remplie d'urines purulentes horriblement fétides.

Après vingt-quatre heures d'amélioration passagère, le malade décroît et meurt le 4 août.

OBSERVATION XIII².

Infiltration urineuse, suite de ponction hypogastrique.

Un homme de soixante-dix-sept ans, est amené à Beaujon le

¹ In thèse de Lagoutte.

² Bulletin de la Société de chirurgie, séance du 17 octobre 1894, par M. Tuffier.

20 décembre 1892, atteint de rétention aiguë d'urine depuis vingt-quatre heures. Les accidents prostatiques remontent à deux ans : ils sont constitués par une rétention incomplète, chronique, à laquelle le malade remédie par un sondage facile matin et soir. La veille de son entrée, après un léger excès de régime, il est pris de rétention complète et le cathétérisme est impossible. Des tentatives infructueuses sont pratiquées et on nous l'amène avec une urétrorragie; la verge gonflée est très douloureuse. Le cathétérisme n'est pas possible, malgré tous les artifices employés en pareil cas, et l'interne de garde pratique une ponction hypogastrique avec aspiration. Pendant quatre jours les ponctions sont renouvelées.

Le 24, la température s'élève à 39 degrés : la langue est sèche; il y a du subdélirium et l'état déjà sérieux à l'entrée du malade, devient très grave. Une tentative de cathétérisme étant restée impuissante, je fais pratiquer à M. de Rouville, sous ma direction, la cystostomie sus-pubienne. *Pendant l'opération, nous trouvons la région prévésicale infiltrée de liquide urinaire.* Les suites opératoires furent très simples.

Le 20 juillet, le malade partait guéri.

OBSERVATION XIV¹.

Epanchement uro-purulent, de la cavité de Retzius, suite de ponctions hypogastriques répétées.

Le 22 septembre 1893, j'étais appelé à Marly pour voir un homme de soixante-trois ans encore très vigoureux et n'ayant aucun antécédent morbide intéressant. Il était atteint de rétention d'urine aiguë et complète depuis une quinzaine de jours. Le cathétérisme qui avait pu se faire assez facilement pendant les trois

¹ In *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, avril 1895, due à M. Tuffier.

premiers jours était devenu très difficile le quatrième, et avait nécessité la mise à demeure d'une sonde. Après quarante-huit heures, la sonde fut retirée : de nouvelles difficultés survinrent pour en introduire une autre le lendemain.

Bref, quand je fus appelé, le malade n'avait pas uriné depuis vingt-quatre heures : il était fébricitant avec la langue sèche et noirâtre, la verge était tuméfiée et le canal laissait écouler une notable quantité de sang. La vessie remontait à l'ombilic. L'exploration aseptique de l'urètre me permit de passer dans la vessie, et par la manœuvre du mandrin je pus mettre une sonde à demeure et évacuer une urine noirâtre sans caillots.

Les jours suivants, l'état général restait mauvais, la fièvre persistait, la sonde était mal tolérée ; on dut faire une ponction sus-pubienne, puis de nombreuses manœuvres pour en introduire une seconde et on m'envoya le malade chez les frères de la rue Oudinot, le 7 octobre 1893. L'état général est grave : la langue sèche et noirâtre, la peau chaude, la température à 38°5 ; l'urine est brune, 1200 grammes, mais le canal suppure : la sonde a besoin d'être changée. J'administre la quinine, je prescris une révulsion rénale par des ventouses, le régime lacté, l'antisepsie vésicale.

Le lendemain, l'état s'est encore aggravé, j'enlève la sonde et trouvant des difficultés à en introduire une seconde, je me décide à pratiquer le soir même la cystostomie.

L'opération est très simple, *mais elle me fait constater un épanchement uro-purulent fétide dans la cavité de Retzius.*

La vessie est noirâtre et son exploration m'y fait découvrir un calcul.

Suit la description de l'opération et de ses suites.

OBSERVATION XV ¹

Hypertrophie prostatique : rétention d'urine, ponction, puis cystostomie sus-pubienne. — Mort par broncho-pneumonie au quinzième jour de l'opération.

Antoine P..., soixante-neuf ans, cultivateur, habitant Saint-Sorlin (Drôme). Entré le 3 novembre 1893, à la Clinique de M. le professeur Gailleton, à l'Antiquaille, salle Saint-Alexandre, n° 2.

Antécédents héréditaires nuls, toujours bonne santé avant l'affection actuelle. Depuis quatre ans, cet homme éprouve des troubles du côté de la miction. Ces troubles consistent dans l'augmentation du nombre des mictions : elles ne s'obtiennent qu'avec des efforts très grands et très pénibles. A plusieurs reprises, il a eu des poussées de rétention incomplète, dans lesquelles les efforts exigés par la miction étaient extrêmes : mais il n'avait jamais présenté de rétention complète et exigeant l'emploi de la sonde ou de tout autre intervention d'urgence. Ces périodes disparaissaient d'ailleurs d'elles-mêmes dans un temps assez court. Constipation habituelle et un certain degré de tension et de plénitude du côté du bas ventre, du bassin et du périnée. Pas de hernie.

Le 1^{er} novembre 1892, sans cause explicative connue, le premier accès de rétention complète arrive. Un médecin tente de le sonder, emploie des instruments de différents calibres et modèles : il réussit à passer une sonde métallique, non sans faire saigner le canal : puis il laisse son instrument entre les mains du malade et lui confiant le soin de se cathétériser lui-même. Dès le soir et le lendemain, cet homme pousse une sonde dans son urètre à la recherche d'un passage qui ne lui présente que des obstacles, et une seule fois une libre pénétration.

Enfin, il arrive à l'Antiquaille, dans la soirée du 3 novembre, et l'interne de garde, après certaines difficultés, reconnaît une fausse route et passe une sonde.

¹ In *Lyon médical*, janvier 1894, due à M. Rollet.

4 novembre. — Le malade est examiné par M. Cuilleret, chef de Clinique. Il y a impossibilité d'arriver par quelque moyen que ce soit dans la vessie par la voie de l'urètre. La vessie remonte jusqu'au voisinage de l'ombilic. Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques d'usage, M. Cuilleret fait à *titre d'intervention préliminaire*, à un doigt au-dessus de la symphyse une ponction avec le gros trocart de Dieulafoy et en laisse la canule à demeure. Il sort 2 litres environ d'un liquide limpide. Pansement antiseptique et sulfate de quinine. Le lendemain dimanche, on apprend que la nuit a été bonne : la canule a été supportée sans douleur.

6 novembre (9 heures du matin). — Nuit mauvaise, état général inquiétant, anorexie, langue urinaire, T. 39°7. *Au niveau de la plaie d'entrée du trocart un peu de rougeur périphérique.* M. Rollet voit le malade et décide l'opération immédiate. Anesthésie à l'éther : incision de 4 centimètres et empiétant sur le pubis ; le fascia incisé, on voit un petit pertuis grisâtre formé par la canule. M. Rollet introduit l'extrémité de l'index dans ce petit trou, et *immédiatement une anse d'intestin grêle fait hernie.* On la récline en haut. Le doigt peut alors constater l'adhérence intime du péritoine à la symphyse pubienne. *Le péritoine avait été traversé de part en part par le trocart.*

On décolle le péritoine, on le suture.

Suit la description de l'opération : La terminaison fatale fut causée par une broncho-pneumonie intercurrente. L'autopsie ne put être pratiquée.

OBSERVATION XVI ¹

Blessure de la prostate dans une ponction sus-pubienne de la vessie. — Mort par suite de suppuration de la prostate et de l'inflammation vésicale et rénale.

M. Cazenave, de Bordeaux, envoie à la Société l'observation

¹ In *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1856.

d'un cas de blessure de la prostate dans une ponction sus-pubienne :

La rétention d'urine était causée par un gonflement de la prostate : la ponction de la vessie fut faite à l'aide d'un trocart courbe dont l'extrémité pénétra dans la prostate, de façon qu'il ne s'écoula par la canule que du sang : mais cet accident eut un résultat aussi heureux qu'inattendu : grâce probablement au dégagement de la prostate opéré par cette saignée locale, la malade recouvra la faculté d'uriner librement pendant quelque temps. Il succomba plus tard par suite de la suppuration de la prostate et de l'inflammation de la vessie et des reins.

OBSERVATION XVII¹

Blessure de la prostate dans une ponction sus-pubienne.

Malade, âgé de quarante-cinq ans, entré à la Maison nationale de santé le 15 juin 1891, après avoir été traité en province pendant deux mois pour une rétention d'urine d'origine prostatique.

A son arrivée, le cathétérisme était très difficile mais possible. Il se forme un abcès du scrotum avec ouverture au périnée et pendant quelque temps le malade rend un peu d'urine par la fistule périnéale.

Puis, impossibilité du cathétérisme et rétention complète : distension de la vessie. Ponction à 2 ou 3 centimètres au-dessus de la symphyse, l'urine limpide s'écoule facilement. On peut introduire une sonde, mais le malade meurt à la suite d'accidents généraux de résorption purulente et de diarrhée colliquative, le 24 octobre 1851, un mois après l'opération.

A l'autopsie, on trouve une couche de tumeurs cancéreuses doublant la prostate et la face postérieure de la vessie, refoulant la prostate et la vessie derrière et au-dessus de la symphyse, ce qui explique une légère blessure qu'on remarque à la prostate dans l'intérieur de la vessie et qui se trouve vis-à-vis le trou fait à la vessie lors de la ponction.

¹ In *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1851.

CONCLUSIONS

Jusqu'à l'avènement de la cystostomie sus-pubienne (*opération de Poncet*), les accidents de rétention vésicale lorsque le cathétérisme était impossible exigeaient la ponction de la vessie. Jusqu'à ces trente dernières années, on pratiquait cette dernière opération avec un gros trocart dont on laissait la canule à demeure (Méry, Frère Côme, etc.). Nous ne mentionnons que pour mémoire les ponctions rectale, sous-pubienne, qui sont depuis longtemps et avec raison condamnées.

A la ponction sus-pubienne avec le gros trocart laissé à demeure succèdent les ponctions répétées avec les aiguilles capillaires des nouveaux appareils aspirateurs. Ce procédé souvent préférable à l'ancien constituait dans nombre de cas un véritable progrès (thèse de Watelet, Paris, 1871). L'aspiration a complètement détrôné les procédés employés autrefois. Aussi dans notre travail nous occupons-nous

fort peu de ces derniers. Leurs inconvénients, leurs dangers sont du reste admis par tout le monde.

Les ponctions capillaires doivent cependant elles aussi être rejetées. Nous avons dans la littérature chirurgicale recueilli 16 observations d'accidents graves, imputables à ce mode de traitement. C'est en nous appuyant sur les complications post-opératoires que nous posons nos conclusions. Le nombre de nos observations, nous tenons à le faire remarquer, n'est pas considérable; mais il ne saurait répondre à la réalité des faits, car nous avons la conviction que le plus grand nombre n'est pas publié.

Les ponctions capillaires doivent être proscrites, parce qu'elles constituent des manœuvres aveugles, souvent dangereuses. Elles exposent à la blessure du péritoine et surtout à des complications infectieuses dont le lieu d'élection est le tissu cellulaire prévésical. L'urine peut sourdre à travers le pertuis vésical laissé par le trocart capillaire ou bien l'infection peut se produire par ce fait, que l'aiguille qui s'est souillée dans la vessie s'essuie dans le tissu cellulaire quand on la retire. Nous admettons donc avec M. Poncet la ponction capillaire comme opération d'urgence, quand il n'est pas possible de faire mieux.

Mais s'il faut la répéter, on préférera la cystostomie sus-pubienne, dont la ponction ne doit être en quelque sorte, suivant la remarque de M. Poncet, que le premier temps.

La cystostomie, dont la bénignité doit être considérée comme complète, ne soulève aucune des objections des ponctions, et son principal mérite est de mettre précisément à l'abri de leurs dangers. C'est une opération dont les temps sont bien réglés, qu'elle soit temporaire ou permanente. Elle fait disparaître complètement les accidents de rétention

sans autre manœuvre, chez des vieillards le plus souvent prostatiques et qui sont des *noli me tangere*. Enfin non seulement elle triomphe des troubles mécaniques, mais seule elle permet souvent de lutter contre les accidents infectieux dont la gravité est bien connue.

La cystostomie sus-pubienne doit donc être, en raison de leurs dangers, substituée aux ponctions vésicales, lorsque, chez les rétentionnistes, le cathétérisme est impossible.

Vu bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu, bon à imprimer :

POUR LE DOYEN,
L'ASSESEUR,
LÉPINE.

Vu, bon et permis d'imprimer :

POUR LE RECTEUR, ET PAR DÉLÉGATION
LE DOYEN DE LA FACULTÉ DES SCIENCES,
J. RAULIN.

TABLE

Introduction.	5
CHAPITRE PREMIER. — Historique.	9
CHAPITRE II. — Considérations anatomiques	13
CHAPITRE III. — Instruments et manuel opératoire	21
CHAPITRE IV. — Des dangers de la ponction hypogastrique.	26
CHAPITRE V. — Observations	41
Conclusions.	63

